

OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :

Le cas des maladies chroniques

1ère Partie:

1. Généralités :

1.1. Définitions : observance, compliance, adhésion

Il n'existe pas actuellement de consensus sur la définition de l'observance ce qui donne lieu à une multitude d'appellations différentes (compliance, adhérence, coopération, alliance mutuelle ou thérapeutique...) selon l'utilisation directe de termes anglo-saxons, de leur traduction ou selon les nuances que les auteurs souhaitent apporter. Néanmoins, le plus souvent, ces termes sont utilisés comme des synonymes.

De nombreuses définitions ont été successivement proposées, dans la plupart il figure des éléments se rapportant aux responsabilités du patient dans son comportement de soin par rapport à lui-même, à son rôle dans le processus de traitement et à sa collaboration avec les professionnels de santé (1).

Le terme d'observance a été introduit en médecine en 1976 par Sackett. En 1978, Haynes en propose une définition décrivant l'observance comme « Le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, de suivi de régime ou de changement de mode de vie) et la prescription médicale ». C'est encore actuellement la définition la plus fréquemment citée.

Pour Dracup et Meleis (1982) l'observance est « La mesure dans laquelle un individu adopte des comportements en accord avec la prescription clinique. Le traitement doit être consensuel, c'est-à-dire élaboré par négociation entre le professionnel de santé et le patient ».

La notion d'interaction est ici mise en avant. Il en est de même dans la définition proposée en 1989 par Hussey et Gilliland où l'observance est définie comme « Le comportement positif dont fait preuve le patient afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques conjointement définis ».

Finalement, nous retiendrons que l'observance est le processus de soin actif, intentionnel et responsable mené par le patient pour lui-même et par lequel il tend à maintenir sa santé, en étroite collaboration avec les professionnels de santé (1).

D'autres termes peuvent être employés tels que : fidélité, compliance (terme anglo-saxon de moins en moins utilisé car reflète un rapport de force entre médecin et malade et implique la soumission du patient aux directives du médecin), adhérence ou adhésion (terme le plus satisfaisant actuellement car souligne l'implication du patient et l'acte volontaire de ce dernier).

Le terme « non-observance » est décliné en sous-types décrits dans de nombreux essais cliniques :

- L'arrêt définitif en est le comportement le plus visible et la forme la plus aiguë.
- L'arrêt momentané, décidé par le patient, est beaucoup plus difficile à mesurer par le soignant.
- L'oubli ponctuel d'une ou plusieurs prises médicamenteuses en est le mode le plus fréquemment rencontré, et quasiment impossible à mesurer par le soignant.

1.2. Les composantes de l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique se décline selon trois composantes :

1.2.1. Observance médicamenteuse

Outre la prise du traitement prescrit, elle englobe la capacité du patient à respecter les horaires de prise et les consignes diverses.

Celle-ci s'exprime de manière quantitative par le nombre de doses effectivement prises divisé par le nombre de doses prescrites et multiplié par 100.

Dans l'hypertension artérielle, il est communément admis qu'une observance minimale de 80 % est nécessaire pour obtenir une réduction tensionnelle efficace. (2)

1.2.2. Observance des règles hygiéno-diététiques

Elle est un complément majeur de la prise en charge des patients hypertendus mais demeure très peu étudiée.

1.2.3. Observance du suivi médical

Elle définit la capacité du patient à se rendre correctement aux consultations de suivi pour la prescription et le contrôle de son traitement.

1.3. Définition de la maladie chronique :

Une distinction claire entre maladie aiguë et son opposé chronique, et transmissible (infectieuse) et son opposé chronique (non transmissible) doit être établie pour comprendre le type de soin nécessaire. Dans les maladies chroniques comme le VIH qui est une maladie infectieuse, on a besoin des mêmes soins que pour les autres maladies chroniques non transmissibles.

Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini les maladies chroniques comme :

« Les maladies qui ont une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elles sont permanentes, laissent une incapacité résiduelle, sont causées par une altération pathologique non réversible, requièrent une rééducation spéciale du patient pour son réhabilitation ou peuvent nécessiter une longue période de supervision, observation ou soin (3) ».

1.4. L'ampleur du problème :

1.4.1. Un problème mondial d'une grande ampleur :

Un nombre d'étude rigoureuse ont trouvé que dans les pays développés, l'observance parmi les patients ayant des maladies chroniques avoisine seulement 50% (4). La magnitude et l'impact d'une faible observance dans les pays en voie de développement

sont supposés être encore plus alarmants, vu la faiblesse des ressources pour la santé et l'inégalité à l'accès aux soins.

Par exemple, en Chine, Gambie et les Seychelles, seulement 43%, 22% et 26%, respectivement, des patients avec une hypertension adhèrent à leur traitement correctement (5). Dans les pays développés, comme les Etats-Unis, seulement 51% des patients traités pour l'hypertension adhèrent à leur traitement (6). En Australie, 43% des patients asthmatiques prennent correctement leurs médicaments et seulement 28% utilisent les médicaments préventifs prescrits (7). Dans le traitement du VIH et le SIDA, l'observance aux antirétroviraux, varie entre 37% et 83% en fonction des molécules étudiées et des caractéristiques démographiques de la population des patients (8). Ceci représente un énorme challenge pour la santé de la population, où le succès est déterminé en premier lieu par l'observance au traitement des maladies chroniques.

Bien que cela soit très inquiétant, ces indicateurs donnent une image incomplète. Pour établir une vue globale sur l'observance, les données sur les pays en voie de développement et des sous-groupes importants, comme les adolescents, les enfants et les populations marginalisées sont requis. Une vue d'ensemble sur l'ampleur du problème est importante pour développer des politiques efficaces afin d'améliorer l'observance.

1.4.2. L'impact d'une faible observance augmente autant que le taux des maladies chroniques augmentent :

Les maladies chroniques, représentent 54% des maladies dans le monde en 2001 (9) et cela va excéder 65% des maladies en 2020. Contrairement aux croyances, les maladies non-transmissibles prévalent aussi dans les pays en voie de développement ; elles représentent 46% des maladies en 2001 (9) et on prévoit un taux de 56% en 2020. Ainsi, la mauvaise observance va gagner du terrain en l'absence d'une réaction efficace.

1.5. Les conséquences de la non-observance sont très variables :

Les conséquences de la mauvaise observance sont multiples :

- La première est la rechute ou l'absence de guérison de la maladie traitée

- Réduction de l'efficacité des traitements, en particulier les traitements à long cours
 - traitement hypolipémiant par statines : peu de conséquences à court terme
 - traitement antirétroviral : perte d'efficacité, résistances
 - traitement antidiabétique : coma hyperglycémique, complications
 - traitement antihypertenseur : accident vasculaire cérébral
 - traitement immunosuppresseur : rejet du greffon
- Engendrer des interactions pathogènes.
- Surdosages (rare)

Chacune de ces conséquences engendre, outre les souffrances liées aux complications, de nouvelles dépenses de santé qui auraient pu être évitées, en dehors des effets secondaires des produits.

Dans certaines situations, comme par exemple l'antibiothérapie, la nécessité de reprendre le traitement favorise le développement de résistances chez les bactéries.

Etre non-observant est un facteur de risque indépendant.

2. Déterminants de l'observance

Il est habituel de classer les facteurs expliquant qu'un patient soit observant ou, au contraire, non-observant vis-à-vis de son traitement, en facteurs liés au patient lui-même et à son entourage, à la maladie et à son traitement, et au système de soins. Plus récemment, l'OMS a proposé d'envisager cinq dimensions de l'observance, les déterminants liés au patient, à la maladie, au traitement, aux professionnels de santé, et, surtout, aux facteurs socio-économiques, sur lesquels l'OMS insiste particulièrement (10). C'est cette dernière classification que nous reprendrons ici.

2.1. Déterminants liés au patient

Plusieurs facteurs, du point de vue du patient, interviennent dans son observance à un traitement.

On voit clairement intervenir plusieurs types de facteurs : d'une part des éléments intrinsèques au patient lui-même, ses connaissances et ses compétences, reposant sur les explications qui lui ont été données et sur ses capacités cognitives, mais aussi ses croyances et, évidemment, ses craintes et désirs ; d'autre part, des éléments extrinsèques, liés à son statut économique et social et à son environnement.

2.1.1. Connaissances et compétences

Par connaissances et compétences, il faut davantage entendre ce qui se rapporte à la manière d'accomplir le geste thérapeutique (la prise médicamenteuse, le suivi du régime, la pratique d'une autosurveillance, etc.) que des connaissances sur la maladie. Il est clair que certaines connaissances et compétences sont nécessaires pour que le geste soit accompli, mais elles ne sont pas suffisantes.

Par ailleurs, les informations, si tant est qu'elles aient été données, doivent être retenues. La prise d'un médicament représente typiquement une tâche relevant de la « mémoire prospective », c'est-à-dire celle qui concerne le fait d'avoir, dans l'avenir, à réaliser une tâche qui sera répétitive : il faut savoir ce que l'on doit faire, à quel moment, et avoir l'intention de le faire, enfin avoir un moyen de se rappeler qu'on l'a, ou non, fait. Or, en général, les patients ne peuvent pas retenir plus de la moitié des informations qui leur sont données sur la manière précise de prendre un médicament si elles leur sont données oralement, les patients oubliant la plupart des choses que leurs médecins leur disent, surtout en ce qui concerne les instructions et les conseils ; plus on en dit, plus grande est la proportion de ce qui sera oublié, les patients se rappelant surtout ce qui leur a été dit en premier, et ce qu'ils considèrent comme étant le plus important.

2.1.2. Croyances

Ce sont les croyances du patient qui jouent un rôle majeur dans le déterminisme de l'observance. Il s'agit des représentations que le patient se fait de sa maladie, de son traitement, de sa vulnérabilité, de sa capacité à se soigner, du pouvoir réel de la médecine à changer le cours des choses. Ces croyances sur la maladie concernant sa cause, sa durée, sa curabilité. Ces « connaissances profanes » ne sont pas forcément, loin de là, issues de ce qui lui a été dit par l'équipe soignante (11). Il peut s'agir données

familiales, culturelles, ethniques, vues à la télévision, dans les magazines médicaux ou apparentés, et maintenant sur Internet.

Certaines de ces croyances peuvent avoir un rôle majeur dans le déterminisme de la non-observance.

2.1.3. Antécédents du patient

L'observance aux traitements est souvent mauvaise en cas d'addiction (tabagisme, alcoolisme, drogue) ou en cas d'état dépressif associé, également, en cas de difficultés avec les enfants, la maladie d'un membre de la famille, le manque de temps, de moyens, la perte d'un emploi, une rupture sentimentale.

2.2. Déterminants liés au traitement

2.2.1. Connaissance du traitement

Une bonne connaissance des médicaments par le patient est un facteur de bonne observance. Savoir à quoi sert le médicament qu'il prend, quels sont les risques s'il s'arrête, s'il existe des interactions avec l'alcool, l'alimentation ou d'autres médicaments, dans quelles situations la tolérance du médicament peut être modifiée est un facteur déterminant. Cette connaissance dépend du niveau cognitif de la personne, mais aussi, des relations avec les professionnels de santé.

2.2.2. Polymédication

L'un des déterminants de la mauvaise observance thérapeutique cité par tous les auteurs est le grand nombre de médicaments prescrits. Cette polymédication pose des questions de mémorisation mais aussi des difficultés pratiques de mise en œuvre. Plus le nombre de prises médicamenteuses est important et moins l'observance sera bonne. Il est légitime, chaque fois que cela est possible, d'utiliser des médicaments en prise unique, et surtout, de supprimer les médicaments qui ne sont pas indispensables. Cela est particulièrement important chez les personnes polypathologiques, volontiers exposées au risque d'une mauvaise observance.

2.2.3. Automédication

L'automédication joue un rôle majeur dans les effets secondaires des médicaments mais elle n'est pas toujours considérée comme une dysobservance. Son chiffrage est très aléatoire car il repose sur la déclaration plus ou moins spontanée du patient. On sépare deux types d'automédication. L'automédication peu dangereuse, avec des produits conçus pour cet usage ou conseillés par le pharmacien et l'automédication dangereuse par recours à la pharmacie familiale ou aux conseils de l'entourage.

2.2.4. Amélioration des symptômes

Aller mieux est un grand facteur d'interruption des médicaments. Ainsi, le premier motif d'arrêt du traitement est justement l'amélioration des symptômes (28%).

2.2.5. Effets secondaires

Les effets secondaires des médicaments sont un motif de non-observance thérapeutique souvent souligné. Le patient doit être clairement informé sur les effets indésirables, les caractéristiques de leur survenue, les moyens de lutter contre, et leur caractère souvent passager. Cette absence d'information est une cause majeure d'interruption inopportune du traitement.

2.2.6. La présentation des médicaments

Les difficultés de manipuler les conditionnements sont souvent soulevées, par exemple la manipulation des flacons munis de bouchons de sécurité, utilisation d'aérosol, de collyre...

2.3. Déterminants liés à la maladie

On peut dresser le portrait-robot de la maladie où le risque de non-observance thérapeutique est important :

- Maladie chronique
- Pas d'inconfort immédiat, manque de symptôme
- Symptômes constants, auxquels on s'est habitué
- Absence de gravité de la maladie, telle qu'elle est ressentie de la manière subjective par le patient.

Les maladies de troubles cognitifs, de troubles visuels, d'état dépressif sont également à risque de non-observance.

L'absence de symptômes représente un point important, le patient pouvant ne pas se sentir « malade » et même réaliser qu'il a un « problème de santé ». Par ailleurs, l'absence de symptômes ne permet pas au patient d'évaluer l'efficacité de la thérapeutique. Il peut ainsi être non-observant à des mesures thérapeutiques qui présentent au contraire des inconvénients visibles ou même avoir des effets secondaires. Et lorsqu'il s'agit d'observance à des mesures préventives, il peut ne pas percevoir le caractère pathogène de conditions qui sont pas à proprement parler des « maladies » : sédentarité, suralimentation conduisant à l'obésité, tabagisme, et être ainsi insensible aux recommandations prodiguées dans le cadre de l'éducation pour la santé.

Enfin, concernant la gravité de la maladie, c'est la façon dont elle est ressentie de manière subjective qui importe : on connaît des patients diabétiques qui deviennent observants à l'annonce d'un simple microanévrisme.

2.4. Déterminants liés aux professionnels de santé

La qualité de la relation médecin-patient lors de la prescription est cruciale, mais les autres professionnels de santé sont déterminants, même si leurs rôles sont plus diversifiés en fonction des systèmes de santé.

2.4.1. Médecins

La qualité de la relation avec le médecin intervient d'abord de manière prépondérante. On peut souligner le rôle de la perception par le patient du caractère amical et proche du soignant, qu'il est traité avec respect et estime, qu'il participe aux décisions, que l'on tient compte de ses attentes, qu'on l'écoute, que le médecin est attentif à son cas, qu'il lui donne des explications, essaie de le motiver, enfin qu'il existe une relation de confiance (12).

2.4.2. Pharmaciens

Le rôle des pharmaciens est crucial, l'observance est meilleure si le patient est directement en contact avec le pharmacien (47%), et non une tierce personne (31%).

Une étude menée sur l'ensemble de la clientèle des pharmacies lyonnaises (13) a montré que 23 cas d'inobservance pouvant présenter un danger ont été dépistés lors du renouvellement de l'ordonnance. Cette même enquête montre que 75% des cas d'inobservance sont liés à une incompréhension de la prescription ou une sous-estimation de la gravité. C'est dans ce cadre d'inobservance que les pharmaciens affirment avoir le meilleur contact avec le prescripteur (88% de bon contact contre 36% dans le cas d'erreur de posologie).

2.5. Déterminants socio-économiques

D'une manière générale, on n'a pas pu mettre en évidence d'effet systématique du sexe ou de l'âge. Cependant, en ce qui concerne l'âge, l'accent est souvent mis sur les enfants d'âge scolaire et sur la fréquence de la non-observance à l'adolescence ou sur le sujet âgé.

Enfin, il faut insister sur le fait que l'observance dépend aussi des ressources dont disposera le patient pour mettre en œuvre les recommandations qui lui sont faites, et l'OMS dans son rapport récent met en avant plusieurs facteurs économiques pouvant avoir un effet sur la non-observance thérapeutique (10).

Il convient donc d'insister ici sur le rôle majeur de la précarité sociale. Elle est souvent associée à des conditions dont on a vu qu'elles étaient elles-mêmes liées à une mauvaise observance, comme le tabagisme ou l'alcoolisme. Si on réalise de plus qu'une conséquence de l'état de précarité est l'incapacité pour ces personnes de se projeter dans l'avenir, on comprend immédiatement pourquoi un tel état peut avoir des conséquences dramatiques sur l'observance thérapeutique dans le traitement d'une maladie chronique. Ainsi, les facteurs déterminant le fait qu'un patient donné sera ou non observant aux recommandations qui lui sont faites sont divers et intéressent non seulement le patient lui-même dans son environnement, mais la nature de la maladie dont il est atteint et le

traitement qui lui est proposé, enfin la qualité du système de soins qui le prendra en charge.

3. Méthodes d'évaluation de l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique concerne chacun des aspects du traitement, ne se limitant pas à la prise médicamenteuse. Le degré d'observance peut varier selon les aspects concernés, et au sein d'un même aspect, comme la prise médicamenteuse, elle peut être graduée et ne pas relever d'une réponse par oui ou non. Ceci explique que l'évaluation de l'observance se révèle être une tâche difficile.

3.1. Evaluation de l'observance à la prise médicamenteuse

Plusieurs méthodes sont utilisées, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients.

3.1.1. Auto-questionnaires

La méthode la plus utilisée consiste à interroger les patients sur la manière dont ils considèrent qu'ils prennent leurs comprimés. Plusieurs études ont montré que les résultats sont fiables lorsque les patients déclarent ne pas être observants, mais que lorsqu'ils déclarent prendre les comprimés de la façon prescrite, il y a davantage de discordance avec les données de mesures objectives. Cette sous-estimation de la non-observance, que l'on rencontre aussi en ce qui concerne les réponses concernant aussi les habitudes alimentaires et le suivi d'un régime ou l'activité physique, peut être due au désir du patient de ne pas décevoir le médecin, au fait qu'il ne réalise pas qu'il n'est pas observant, ou même seulement à l'oubli. Cependant, certains questionnaires simples ont été validés, notamment dans le domaine de l'hypertension artérielle, comme le questionnaire de Morisky (14), ou, en français, le questionnaire de Girerd (Figure 1) (15).

Le questionnaire de Girerd

- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?
 - Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?
 - Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 - Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?
 - Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
 - Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
- Compter un point par réponse positif. Le patient est considéré comme non-observant si le score est supérieur à 3*

Figure 1. Un auto-questionnaire validé

3.1.2. L'avis des soignants sur l'observance de leurs patients

De l'avis unanime, les médecins sont les plus mauvais pour évaluer l'observance de leurs patients, car ils ont tendance à la surestimer (16). Il se pourrait que l'opinion des infirmières soit un peu plus fiable (17).

3.1.3. Décompte des comprimés

La méthode consiste à demander aux patients de rapporter leurs boîtes de comprimés et à compter les comprimés restant. Elle donne en général des taux de non-observance plus importants que ceux obtenus par les auto-questionnaires. Cependant, elle présente trois biais possible : le patient doit se souvenir de rapporter la boîte ; le fait qu'on le lui demande peut modifier son comportement ; enfin, rien ne dit que les médicaments non retrouvés ont été effectivement pris (18).

3.1.4. Analyse du renouvellement des ordonnances à la pharmacie

Le principe de cette méthode consiste à évaluer, à partir des fichiers des pharmacies, le pourcentage de jours où le patient n'a pas pu être observant parce qu'il manquait obligatoirement de médicament. Si ce pourcentage est supérieur à 20%, le patient sera considéré comme non-observant (19). Cette méthode n'est valide que si le patient se procure ses médicaments toujours à la même pharmacie. Comme pour le décompte des médicaments, elle ne garantit pas que des médicaments cherchés par le patient sont effectivement pris.

3.1.5. Dosage des principes actifs dans le sang ou l'urine

La mesure des principes actifs dans le sang et dans les urines se heurte à plusieurs difficultés : d'une part elle n'est pas possible pour tous les médicaments ; ensuite, le fait de retrouver le principe actif ne garantit pas que le patient n'a pas eu un comportement observant seulement la veille du prélèvement ; le métabolisme du médicament peut varier d'un patient à l'autre ; enfin, ces méthodes sont chères, difficiles à mettre en œuvre sur une grande échelle, et, en fait, ne sont guère utilisées, sinon pour servir de validation à d'autres méthodes plus simples.

3.1.6. *Evaluation de l'effet du traitement*

La méthode consistant à essayer d'évaluer l'observance des patients en évaluant le contrôle de la maladie traitée présente un inconvénient évident : par exemple, des patients hypertendus peuvent être parfaitement observants et n'avoir pas leur tension contrôlée, alors que d'autres,

Moins consciencieux, ont une tension normale, leur non-observance étant « pardonnée ». En fait la mesure du contrôle de la maladie est, ici également, surtout utile, en association à l'utilisation d'autres critères d'observance, pour démontrer la validité de ces derniers.

3.1.7. *Systèmes électroniques*

Un progrès majeur dans le domaine de l'évaluation de l'observance thérapeutique à la prise de médicaments a été le développement de systèmes électroniques permettant l'enregistrement de chaque événement représenté par l'ouverture d'un blister (Unit Dose Monitor), d'un flacon (Medication Event Monitoring System, MEMS) ou d'un pilulier (Pill Box Monitor), l'inversion d'un flacon (Eye Drop Monitor, Nebulizer Chronolog utilisé dans le traitement de l'asthme) (20). Ces systèmes ont l'avantage de permettre une description très précise de la prise médicamenteuse (non seulement le respect du nombre de prises, mais aussi des horaires). Ils ont le désavantage d'être chers, mais aussi d'être visibles et ainsi d'avoir un effet sur le comportement des patients. Surtout, à nouveau, rien ne garantit que l'événement que constitue l'ouverture d'un MEMS par exemple, conduit effectivement à la prise du comprimé. Ces systèmes sont de plus en plus utilisés dans des essais cliniques où l'évaluation de l'observance est particulièrement importante. En général ils donnent des taux de non-observance plus

importants que les autres méthodes (auto-questionnaires, décompte des comprimés) suggérant qu'ils sont fiables.

4. Amélioration de l'observance

4.1. Lors de la prescription

Proposer un traitement est un acte de communication. Schématiquement, la proposition thérapeutique est communiquée au patient en trois étapes successives : après la mise en forme du message, vient sa délivrance, elle-même suivie de sa réception.

À chacune de ces étapes, bonnes et mauvaises pratiques viennent influencer sur l'adhésion (bonne, mauvaise ou nulle) du patient à la proposition thérapeutique. En pratique, il faut distinguer la prise en charge des affections aiguës de celles des affections chroniques. La formulation de la proposition thérapeutique doit éviter certains pièges et notamment celui de ne pas être à l'écoute de son patient, car les objectifs du patient et du médecin ne sont pas toujours superposables. Toute divergence devrait être analysée par celui veut faire passer son message thérapeutique.

Dans l'intention d'insister sur l'importance d'un médicament, certaines erreurs ne doivent pas être commises. Les formulations telles que « ce médicament est à prendre toute votre vie, ne l'arrêtez jamais », doivent être évitées pour préférer « il s'agit d'un traitement prévu sur plusieurs années, il ne doit pas être arrêté sans avis médical ». Le prescripteur ne doit pas ignorer que son avis n'est pas seul en lice ; généralistes, spécialistes, médecins urgentistes, pharmaciens (mais aussi amis, parents, autres malades) peuvent chacun donner ordres et contrordres nuisant à une bonne observance. Dans certaines situations un intermédiaire peut intervenir dans le suivi du traitement : en pédiatrie, ce sont les parents qui reçoivent le message du médecin (et les enfants en gériatrie...). La délivrance de la prescription doit être adaptée à ces situations.

L'amélioration de l'observance doit être personnalisée. Pour juger du degré de priorité de l'amélioration de l'observance, trois aspects peuvent être considérés. Ils concernent le traitement en lui-même, le patient et enfin la nature de la maladie. Ces distinctions prennent toute leur importance en cas de polymédication car l'observance est

inversement proportionnelle au nombre de médicaments prescrits. Le praticien doit alors simplifier des ordonnances et procéder à des choix. Idéalement, le médecin traitant doit, pour chaque patient, récapituler sur une ordonnance unique l'ensemble des traitements et dresser une hiérarchie entre eux.

Améliorer l'observance, c'est aussi expliquer au patient la priorité de certains traitements sur d'autres au sein d'ordonnances parfois bien longues en cas de polypathologie.

L'information du patient ainsi qu'une bonne relation personnelle de santé-patient ne peuvent que favoriser une meilleure observance. Nombre de malades se plaignent auprès de leur pharmacien de la durée du temps d'attente et du peu d'information que leur fournissent les médecins à l'issue des courtes consultations. La résolution de ce problème concerne l'ensemble des infrastructures du système de santé. D'abord, une meilleure organisation des rendez-vous s'impose ; Finnerty et al. (21) pensent que les défauts de l'organisation de la consultation apparaissent être les responsables majeurs de la mauvaise observance ; pour eux la mauvaise qualité de la relation médecin-patient est due principalement au temps passé à la consultation et une gestion parfaite des rendez-vous est essentielle.

Il faut impliquer plus profondément le malade dans sa relation avec sa maladie mais les expériences entreprises dans le but d'améliorer les connaissances du patient ont été parfois décevantes : une expérience réalisée au Canada (22) a montré que les efforts consacrés à éduquer le malade avaient perdu leur effet avec le temps ; 85 % des sujets éduqués avaient acquis un bon niveau de connaissances contre seulement 20 % pour les sujets non éduqués ; c'est ainsi qu'après une période de 6 mois d'observance était mauvaise chez 44 % des sujets éduqués contre 41 % des sujets non éduqués. Cela démontre combien l'éducation du malade n'est pas seulement une affaire d'enseignement de la maladie ; en donner une connaissance plus approfondie et expliquer les bénéfices du traitement sont très importants mais il faut aussi savoir prendre le temps d'écouter le patient car le caractère précipité et impératif d'une prescription et des conseils est certainement un facteur de non-observance. Pour améliorer sa bonne volonté, il faut lui apprendre à reconnaître et à exprimer ses sentiments et la stratégie médecin-patient doit être nécessairement adaptée à la

personnalité de chaque patient. Il faut être à la fois ferme, en insistant sur la nécessité absolue d'un traitement continu et responsabiliser le malade en évitant de l'infantiliser, car l'infantilisation est un état que les patients atteints de maladies chroniques, ne supportent pas. Le médecin ne peut donc s'en tenir à une relation purement technique, mais doit aussi se livrer à une véritable approche psychologique. Face à ces problèmes, une plus grande sensibilisation des médecins aux problèmes d'observance des traitements au long cours est souhaitable.

Il faut impliquer davantage le pharmacien et le médecin, non pas séparément mais ensemble. L'enquête a révélé que le rôle du pharmacien face à ce type de problème n'était pas vain. Il doit en effet renforcer et compléter les informations données par le médecin.

Pour une meilleure cohérence des messages reçus par le patient, il est important que médecins et pharmaciens coordonnent leur action. L'un comme l'autre peut être amené à constater des anomalies dans la façon dont le malade fait usage de la thérapeutique prescrite. Le pharmacien est à même d'apprécier l'observance dès la délivrance et notamment les renouvellements ; il arrive en effet que certains malades refusent de se faire délivrer la totalité des médicaments prescrits. Lorsque des effets secondaires apparaissent le malade se confie volontiers à son pharmacien car c'est le seul acteur de santé immédiatement accessible. Le bon usage du médicament implique donc un courant d'échanges non seulement entre médecin et malade, entre pharmacien et malade, mais également entre médecin et pharmacien. Ces considérations font apparaître que davantage de temps doit être consacré au patient pour résoudre les difficultés et le convaincre de l'importance du traitement, mais cela nécessiterait un certain savoir faire qui aurait été enseigné et adapté aux médecins et aux pharmaciens.

Un effort de rédaction des notices accompagnant le médicament doit être fait. Elle représente en effet le dernier support d'information au moment où le malade n'est plus en contact avec le prescripteur puis avec le dispensateur du médicament. Son contenu doit être adapté exclusivement pour l'utilisateur. Elle devrait non seulement comporter un certain nombre d'informations relatives au médicament mais aussi sur la maladie et développer un ensemble de recommandations et d'arguments dans le but de convaincre

de l'utilité du traitement. Ainsi, par exemple, la notice d'un médicament pourrait expliquer à l'utilisateur d'un traitement antihypertenseur, que l'hypertension est une maladie nécessitant un traitement continu et régulier même si elle ne provoque aucun trouble apparent ; les doses prescrites par le médecin ne doivent ni être diminuées ni être augmentées ; le traitement ne doit pas être arrêté temporairement sans quoi l'équilibre introduit dans l'organisme serait rompu et son effet bénéfique sur la circulation cesserait immédiatement avec le risque d'apparition de troubles circulatoires brutaux ; ce médicament a été conçu pour être utilisé très longtemps et n'entraîne pas dans une utilisation normale d'effet nocif ; toutefois comme tout médicament très efficace il peut arriver, surtout au début du traitement, que certaines personnes le tolèrent moins bien que d'autres ; si vous ressentez une gêne particulière vous ne devez pas vous inquiéter mais en parler sans attendre à votre pharmacien, qui jugera s'il a nécessité de questionner votre médecin.

Le pharmacien devrait attirer l'attention, au moment de la délivrance des médicaments, sur le bien-fondé de la notice.

La prescription médicale comporte également souvent des éléments qui tiennent à la diététique ; la difficulté provient du fait que ces mesures vont se heurter à un mode vie et des habitudes installées depuis longtemps ; cette prescription diététique à la différence de la prescription pharmaceutique, non seulement n'ajoute pas de choses à la vie de tous les jours mais en enlève. A cet égard il est souhaitable de favoriser le dialogue dans le cadre d'organismes associatifs où le patient peut devenir véritablement un consommateur d'actes médicaux conscient et responsable de sa santé.

